DES COLLECTIONS

DE PUS ET DE SANG

DANS L'ABDOMEN.

CONCOURS

POUR

LA PLACE DE PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

FÉVRIER 1836.

DES COLLECTIONS DE SANG ET DE PUS DANS L'ABDOMEN.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR A. JOBERT (DE LAMBALLE),

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR CRUVEILHIER.

A. JOBERT.

JUGES :

MM. les professeurs RICHERAND, président.
ROUX.
CLOQUET (JULES).
VELPEAU.
MARJOLIN.
GERDY.
DUBOIS (PAUL).
CHOMEL.

Membres de l'Académie royale de Médecine. { MURAT.
LISFRANC.
REVEILLE.

Suppléant : M. le professeur DUMERIL.

CANDIDATS :

MM. BÉRARD.
BLANDIN.
GUERBOIS.
JOBERT.
LAUGIER.
LEPELLETIER DU MANS.
SANSON.
SEDILLOT.

OLLECT ION S

DE PUS ET DE SANG

DANS L'ABDOMEN.

L'abdomen est cette cavité en partie osseuse et en partie musculeuse qui termine inférieurement le tronc : disposition anatomique qui est fondée sur ses usages. Limité en bas par le périnée, en haut par le diaphragme, sur ses côtés et en avant par des parois molles et musculeuses, en arrière par la colonne vertébrale, des muscles, etc., l'abdomen renferme des viscères qui ne laissent entre eux et les parois qui les circonscrivent aucun intervalle, aucun vide, d'où il résulte que la cavité abdominale est, comme celle de la poitrine et celle du crâne, plutôt une cavité possible que réelle.

La question qui m'est échue par le sort, et qui a pour objet *les collections de sang et de pus dans l'abdomen*, peut être limitée ou rendue très-vaste, suivant le sens dans lequel on veut accepter ces mots *dans l'abdomen*, suivant que l'on veut traiter exclusivement les collections *intra-péritonéales*, ou que l'on veut s'occuper en même tems de celles qui peuvent se former à l'*extérieur du péritoine*. Envisageant mon sujet sous le point de vue le plus circonscrit, et le comprenant dans l'acception qui me semble le plus spécialement désignée par l'énoncé de la question, je ne traiterai que des collections dans l'intérieur du péritoine.

J'appellerai donc *collection* toute quantité de sang et de pus plus ou moins abondante, épanchée à l'intérieur de la cavité péritonéale.

COLLECTIONS DE SANG.

§ I.

Les collections sanguines peuvent venir de deux sources : des veines ou des artères. L'aorte, les hépatiques, les utérines, les ovariques, la veine cave, les émulgentes y donnent lieu. Tous ces vaisseaux peuvent être déchirés, rompus, ou divisés par des instrumens piquans ou tranchans, par des projectiles, et par conséquent les épanchemens existent tantôt avec plaie à l'abdomen, tantôt sans division des parois de cette cavité. Examinons avec détails ces diverses sources.

§ II.

Le *foie* peut être déchiré et les vaisseaux peuvent avoir été ouverts par l'action de corps contondans ou à la suite de chutes sur cet organe : il est inutile de faire remarquer que les foies volumineux sont plus sujets à ces sortes de lésions que les autres.

Il est rare que les déchirures du foie ne soient pas accompagnées d'un écoulement de sang plus ou moins abondant, et l'épanchement est souvent compliqué de la déchirure des conduits biliaires et du mélange de la bile avec le sang.

Pelletan rapporte (*Clinique chirurgicale*, tome II, page 112) qu'un serrurier mourut à l'Hôtel-Dieu le seizième jour d'une chute qu'il avait faite d'un lieu élevé. A l'autopsie, on trouva une collection de sang généralement diffuse, mais qui couvrait en particulier la région du cœcum et la portion droite du colon. Dans les endroits où il existait en moins grande quantité, le sang adhérait ; il semblait être sorti d'un point de la face convexe et latérale du foie, qui, rompu lors de sa chute, parut être cicatrisé, et offrit une dépression oblique d'environ trois pouces. Il est évident pour moi, d'après le résultat de l'autopsie, que ce malade ne succomba pas aux suites de l'épanchement sanguin dans l'abdomen, mais bien à une arachnitis étendue, qui fut reconnue d'une manière évidente, et qui accompagnait une nécrose de l'os du crâne mis à nu par la chute. Il y avait en outre une inflammation de la plèvre du côté droit.

Garengeot parle avec détail (*Mémoires de l'académie de Chirurgie*, tome II, page 117) d'une plaie contuse du ventre, qui amena une rupture du rein et du grand lobe du foie avec épanchement sanguin. Il cite encore, immédiatement après, un autre exemple d'un accident semblable, qui détermina une rupture complète du foie. Cet organe était tellement déchiré et divisé, que *son petit lobe était dans l'hypochondre gauche, joignant la rate.* Cette lésion était accompagnée d'ailleurs d'une énorme collection sanguine à l'intérieur de l'abdomen. Dans les deux cas la mort survint très-rapidement.

Je puis rapprocher de ces cas le fait suivant, qui s'est passé sous mes yeux :

Didiot Toussaint, âgé de 23 ans, marchand de paniers, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, s'était livré depuis deux jours à des excès de boisson, lorsque dans la soirée du 4 mai 1834, en descendant rapidement une rue, il est renversé par une voiture, dont la roue postérieure lui passe sur la partie moyenne et antérieure du tronc. Il reste étendu sans avoir perdu complètement connaissance, mais éprouvant dans l'hypochondre droit une douleur vive, sans vomissement. S'étant relevé avec peine, il se traîne le long du mur pendant une douzaine de pas, puis on le porte à un corps-de-garde où il passe la nuit sur les planches, sans sommeil, souffrant toujours vivement dans l'abdomen. Le 5 au matin on lui pratique une saignée du bras, puis on le conduit à l'hôpital Saint-Louis, vers deux heures du soir, faible, pâle et vomissant depuis la matinée, chaque fois qu'il buvait. On applique immédiatement sur la région supérieure et droite de l'abdomen quarante sangsues et des cataplasmes émolliens. Cette évacuation sanguine produit un soulagement marqué ; mais le cataplasme fatigue le malade, qui l'ôte vers cinq heures du matin. Le 6, il est dans l'état suivant : Décubitus sur le côté gauche, face pâle, un peu altérée, yeux brillans, lèvres rosées ; il se meut difficilement à cause des douleurs que les mouvemens provoquent ou exaspèrent dans l'abdomen ; parole un peu affaiblie ; sens intact ; pas de céphalalgie, intelligence et mémoire bonnes (il n'y a pas eu de sommeil pendant la nuit) ; la langue est lisse, humide, rosée, un peu blanchâtre au milieu ; soif, déglutition facile,

pas de nausées ; mais chaque fois que le malade avale un peu de tisane, il vomit au bout de dix à quinze secondes, quelquefois après une minute et sans douleur, un liquide semblable à sa boisson. Épigastre et abdomen douloureux et très-sensibles à la pression. Ventre un peu tendu, rénitent, sonore au milieu ; mais le son diminue vers les flancs ; pas de selle depuis le 3 au matin. L'hypochondre droit n'est pas déformé, et ne présente point de saillie anormale. La main n'y peut sentir la présence du foie. Toute cette région et la partie inférieure et droite du thorax sont douloureuses et sensibles à la pression ; du reste, nulle trace d'ecchymose. La poitrine est bien conformée, la respiration accélérée, l'expiration rapide (44 par minute), sonoréité normale et égale des deux côtés en avant et en arrière. Murmure respiratoire pur en avant, mais peu intense à gauche, plus faible à droite, surtout vers la base. En arrière il est également peu intense, mais égal et pur des deux côtés, accompagné seulement d'un bruit expiratoire bref, assez marqué. Battemens du cœur forts, soulevant le stéthoscope, appréciables à la main, réguliers, à timbre normal, ayant leur maximum d'intensité au niveau du cartilage de la cinquième côte. Pouls régulier, un peu petit : cent trente pulsations par minute. Peau chaude, constamment un peu moite, urines faciles. (*Limon. cit. édul. ; eau de Seltz, saignée de quatre palettes, quatre-vingt sangsues sur l'abdomen.* — Diète). L'état du malade n'éprouve pas de changement notable dans la journée, la saignée du matin et les sangsues appliquées dans l'après-midi produisent encore un peu de soulagement, les vomissemens continuent en diminuant un peu de fréquence et se prolongent jusque dans la nuit. Vers deux heures du matin le malade demande le bassin sans rien rendre; bientôt il pâlit davantage, ses traits se décomposent ; on le recouche et peu d'instans après il meurt sans agonie. L'autopsie donne les résultats suivans : Cadavre de cinq pieds quatre pouces, bien musclé, sans vergetures ; tégumens bleuâtres à la face, à la partie supérieure du tronc et à l'abdomen ; pas d'ecchymoses visibles. *Crâne.* — Pas de sérosité dans l'arachnoïde. Quelques adhérences entre ses deux feuillets à la partie supérieure et interne des deux hémisphères. Veines cérébrales peu injectées ; pie-mère partout tellement adhérente qu'on ne peut l'enlever sans entraîner un peu de substance céré-

brale... Le cerveau est un peu mollasse; les deux substances ont leur couleur ordinaire, si ce n'est dans les parties profondes et à la base où la substance grise est d'une teinte cendrée sale et de moindre consistance, ainsi que la blanche. Les ventricules contiennent chacun environ une cuillerée à café de sérosité sanguinolente. Dans le cervelet les deux substances offrent une teinte grisâtre et une consistance un peu moindre qu'à l'ordinaire. Le péricarde contient environ une once de sérosité rougeâtre. Le cœur offre le volume du poing. Le ventricule gauche, lisse, rosé à l'intérieur, donne trois pouces et demi de hauteur sur cinq pouces et demi de développement; ses parois ont six lignes d'épaisseur. Valvules aortiques saines; l'aorte présente à leur niveau vingt-huit lignes de développement. Les deux oreillettes sont d'un rouge foncé, imbibées de sang; le ventricule droit contient un petit caillot fibrineux noirâtre; surface interne lisse, d'un rouge brun; capacité de trois pouces de hauteur sur cinq de développement. Valvules sygmoïdes saines, l'artère pulmonaire à leur niveau offre trente-quatre lignes de développement. Du reste aucun obstacle aux orifices.

La *plèvre* droite présente quelques adhérences au sommet de la poitrine. Celle du côté gauche n'offre rien de remarquable; le poumon droit est peu volumineux, d'un bleu grisâtre, plus léger que l'eau. Dans les deux lobes supérieurs, son tissu est d'un gris rose pâle crépitant. Dans le lobe inférieur, il est rouge crépitant, laissant écouler à la coupe une sérosité sanguinolente plus abondante encore à son extrémité inférieure où il présente une espèce de renflement très-crépitant sous la pression. Le poumon gauche offre à l'extérieur le même aspect que le droit. Dans le lobe supérieur son tissu est crépitant, d'un brun violacé; la coupe est lisse et ne laisse point suinter de sang. Dans le lobe inférieur la coupe est d'un rose brun donnant issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente. Du reste pas d'emphysème ni de traces de tubercules dans aucun des deux poumons. Les bronches n'offrent rien de remarquable. *Le foie*, de dix pouces de largeur sur sept de hauteur et deux et demi d'épaisseur, est à l'extérieur d'un gris ardoisé, offrant au point le plus saillant du grand lobe une

ecchymose marbrée de la grandeur du fond d'une tasse. A la partie extérieure de cette ecchymose on voit une ouverture du feuillet péritonéal du diamètre d'un tuyau de plume. De légères tractions exercées en sens inverse de chaque côté de cette ouverture séparent ce lobe en deux avec beaucoup de facilité, et laissent apercevoir une déchirure de quatre à cinq pouces de long, occupant à peu près toute l'épaisseur du foie, à surface inégale, granulée, rougeâtre en quelques points, jaunâtre en d'autres, et de laquelle partent à droite et à gauche plusieurs ruptures secondaires d'un pouce à six lignes de profondeur. Les parties qui avoisinent la rupture offrent un tissu résistant, d'un rose sale, marbré, d'un aspect granulé, et dans lequel on peut encore distinguer les deux substances. Le reste du tissu du foie présente des coupes lisses, d'un gris vert, marbré, se déchirant difficilement, peu granulé, dans lequel les deux substances ne se distinguent plus. Les reins, d'un volume ordinaire, sont mollasses, d'un rouge grisâtre; la vessie est blanche à l'intérieur, sans arborisation; sa membrane muqueuse est ferme et n'offre aucune trace de lésion. Sur la partie latérale droite du thorax, on trouve une ecchymose d'un rouge brun, des parties molles, profondément situées, correspondant au niveau des septième, huitième et neuvième côtes, et d'environ trois pouces de diamètre. Une autre ecchymose plus profonde et plus postérieure existe au niveau des cinquième et sixième côtes. Les cinquième, sixième, septième et neuvième côtes sont fracturées à quatre pouces de l'insertion du cartilage. La huitième présente une fracture de la lame externe seulement. La plèvre n'est point déchirée. Toutes les circonvolutions intestinales présentent une teinte rouge prononcée, résultant d'une imbibition sanguine du péritoine. Trois livres environ de sang liquide sont contenues dans les parties profondes de cette cavité, à droite et à gauche de la colonne vertébrale et dans le petit bassin. *L'estomac*, d'un volume ordinaire, contient une petite quantité de matières liquides, brunâtres; sa surface interne grisâtre, un peu mamelonnée dans le grand cul-de-sac, ne présente point d'arborisations. La membrane muqueuse d'une épaisseur ordinaire donne des lambeaux de quinze lignes sur la petite courbure, de cinq à sept lignes sur les deux

faces. *L'intestin grêle* ne contient qu'une petite quantité de mucosité d'un brun grisâtre ; d'une coloration un peu verdâtre dans le duodénum, il est d'un gris sale dans le reste de son étendue. Pas de traces de rougeur ; villosités très-prononcées. A huit pieds de la valvule iléo-cœcale, on commence à distinguer quelques plaques de Peyer éloignées d'abord, plus nombreuses ensuite, d'un aspect pointillé, et légèrement élevées au-dessus du niveau de l'intestin. Dans les deux derniers pieds on aperçoit quelques follicules isolés très-rares, plus nombreux dans les deux derniers pouces, et ayant un point central noir. La membrane muqueuse est mince, de bonne consistance. *Le gros intestin* contient une assez grande quantité de matières fécales, d'un gris cendré ; sa surface interne est d'un gris rosé sale, et présente des follicules isolés assez nombreux sans point central. *La rate*, d'un volume ordinaire, est grise à l'extérieur, son tissu est assez ferme, et d'un brun violacé presque noir.

Un des faits précédens semble démontrer qu'une plaie du foie par contusion, accompagnée d'épanchement, peut guérir, puisque les lésions graves que l'on à rencontrées vers la tête et vers la poitrine expliquent fort bien la mort, qui n'aurait probablement pas été le résultat de l'épanchement, comme le fait observer Pelletan lui-même, qui n'a trouvé aucune trace d'inflammation dans l'abdomen, et qui a constaté la cicatrice du foie. Mais il résulte des autres observations, que cette même lésion, plus considérable, doit presque nécessairement entraîner la mort, même très-rapidement.

J'indiquerai encore brièvement ici un fait qui démontre que ces lésions du foie, surtout celles qui sont produites par un instrument tranchant, peuvent, tout en donnant lieu à une collection sanguine, être compliquées encore de lésion, d'une des portions du tube intestinal, et par suite d'épanchement de matières irritantes.

Un homme vint mourir à l'hôpital Saint-Louis, à la suite d'un coup de couteau, qu'il avait reçu dans l'hypocondre droit et de haut en bas. A l'autopsie on trouva le foie divisé vers son bord tranchant, dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi, le colon transverse était ouvert

dans deux endroits. Il y avait dans l'abdomen un épanchement de sang et de matières fécales. Les lèvres de la plaie du foie étaient réunies par une matière organisée, blanchâtre, solide, conique et adhérant exactement à la plaie.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport aux collections de sang fournies par les vaisseaux du foie, je citerai en quelques mots un exemple de rupture de la veine-porte.

Le nommé Fabre Joseph, âgé de 36 ans, cocher, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 31 mars 1823, et succomba le 1er avril. Il avait été renversé par un monceau de pierres. La clavicule était luxée sur le sternum; elle fixa peu notre attention à cause des symptômes généraux graves qui indiquaient une mort prochaine; tels que pâleur de tout le corps, froid glacial des extrémités, teinte de cire blanche de la figure, difficulté de respirer, petitesse et intermittence du pouls, syncopes, tension du ventre toujours croissante, son mat de la cavité abdominale et fluctuation manifeste. On eut recours à des révulsifs, et je tentai de retirer du sang avec la lancette, mais je ne pus en obtenir que quelques gouttes, sans doute à cause de la déplétion des vaisseaux; cet homme succomba le lendemain. A l'autopsie je trouvai tout le désordre dans le ventre, qui avait conservé le même volume qu'avant la mort. Le foie présentait plusieurs déchirures à son bord tranchant, à la face concave; il y avait une ecchymose fort étendue dans l'épaisseur de cet organe. La veine-porte avait été déchirée, et il s'en était échappé une énorme quantité de sang noir et gras. L'épanchement sanguin était disséminé dans tout l'abdomen, cependant on rencontrait deux collections principales dans la région du foie et dans le bassin.

La rate, qui reçoit sans cesse une très-grande quantité de sang, fournit souvent, lorsqu'elle est lésée, matière à une collection sanguine qui peut devenir promptement mortelle. Scoutetten en rapporte un exemple, et voici un cas de ce genre que j'ai moi-même observé.

Guillaume Marguerite, âgée de 34 ans, journalière, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 13 avril 1833, et succomba le même jour. Elle

avait été renversée par un coup de brancard, qu'elle avait reçu dans l'hypocondre gauche. A son entrée à l'hôpital elle était pâle, exsangue; le pouls était insensible, le ventre peu douloureux, mais augmenté de volume. Elle succomba dans la journée avec tous les symptômes hémorragiques. À l'autopsie, nous trouvâmes l'abdomen rempli d'une grande quantité de sang, disséminé dans toute la cavité ; tous les intestins en étaient colorés. Nous en découvrîmes la source dans une rupture de la rate qui était déchirée dans plusieurs endroits; les autres viscères étaient sains. Des caillots de sang artériel se trouvaient mêlés au sang veineux.

M. Dubois, d'Amiens, m'a communiqué le fait curieux d'un homme des bagnes de Rochefort qui succomba à une rupture de la rate détermi née par un coup de pied.

Enfin Garengeot cite encore un cas dans lequel une collection abdominale eut pour cause une lésion de la veine émulgente droite à la suite d'un coup d'épée. Le malade succomba le neuvième jour.

Une des sources des collections sanguines abdominales les plus intéressantes est sans contredit la lésion de la matrice pendant la grossesse, dans l'accouchement, dans l'opération césarienne, et même dans les cas où l'utérus est vide du produit de la conception. On rapporte qu'une dame dont les menstrues avaient cessé à quarante ans, éprouva une rupture de la matrice, qui était distendue par une collection de sang qui s'était graduellement accumulée dans son intérieur. Après avoir ressenti des douleurs violentes, qui disparurent après l'affaissement de la tumeur de l'hypogastre, elle s'affaiblit et mourut. L'autopsie montra une rupture du fond de la matrice, dont les parois étaient amincies. La cavité du péritoine était remplie de sang corrompu; le col était oblitéré et cartilagineux. Dans un but coupable, pour détruire le produit de la conception, on a vu des instrumens, portés dans l'utérus, perforer cet organe et donner lieu à un épanchement de sang dans la cavité péritonéale. Un de mes anciens camarades et amis, dont la science déplore la perte, Dance, m'a fait voir un cas semblable. Le

sang s'était épanché en grande abondance dans le bassin. La malade succomba eu peu d'heures.

M. Collineau rapporte qu'en juillet 1808, une femme de vingt-six ans, enceinte de deux mois, succomba à une rupture de la matrice, survenue à la suite de vomissemens. Des douleurs atroces, des faiblesses fréquentes, la pâleur de la face, l'intermittence et la petitesse du pouls, furent, avec l'insensibilité du ventre au toucher, les symptômes que présenta cette malade, chez laquelle on trouva une énorme collection sanguine dans la cavité du péritoine. Les parois de l'utérus étaient amincies au voisinage de la rupture. (*Journal général de Médecine.*)

J.-B. Puzin (Thèse 189, année 1809) cite l'exemple d'une femme de trente ans, enceinte de trois mois, qui, à la suite d'un effort qu'elle fit pour se retenir, lors d'un faux pas, succomba après avoir éprouvé deux fois, à deux mois d'intervalle, les symptômes bien caractérisés d'une collection sanguine abdominale, que l'on put constater à l'autopsie. On trouva en outre une crevasse d'un pouce d'étendue à l'angle droit du fond de l'utérus, à l'insertion du placenta. Un caillot adhérait d'une part aux intestins, et de l'autre au bord de cette rupture.

Les lésions superficielles du corps de la matrice donnent aussi quelquefois lieu à un épanchement dans le ventre.

Une femme, le soir même où elle accoucha de son septième enfant, s'affaiblit graduellement jusqu'au lendemain matin, où elle s'éteignit. On trouva à l'autopsie une collection de sang dans le ventre, et une fissure qui intéressait la tunique péritonéale de la face postérieure de l'utérus.

Francis White raconte (*The Dublin, Journal of Medical and Chimical science*) qu'une dame succomba, après un accouchement, à une lésion de la matrice avec épanchement considérable. Le sang était sorti par deux fissures, ou déchirures, qui intéressaient le péritoine, et quelques fibres superficielles de la face antérieure de l'utérus.

Il est important de remarquer que, dans la plupart des cas que nous

venons de signaler, il existait un amincissement de la matrice, et que c'est à propos d'un effort quelconque que les symptômes d'un épanchement dans le ventre se déclarèrent.

La matrice peut se rompre latéralement; les artères utérines peuvent être ouvertes, et donner lieu à un épanchement de sang, comme on le rapporte dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie. (*Recherches sur l'Opération césarienne*, par Simon.)

Pour établir dans ces cas un diagnostic précis, on doit s'informer des antécédens, et se rappeler qu'ordinairement, c'est après un bruit particulier, accompagné de douleurs intolérables dans la région hypogastrique, que l'affaissement de la tumeur survient, que la malade éprouve la sensation d'une douce chaleur qui se répand dans toute la cavité abdominale, à laquelle succède un calme trompeur, enfin tous les symptômes des hémorragies que nous indiquerons plus bas.

Lorsque du sang est versé par la matrice déchirée dans l'intérieur du péritoine, il peut, comme nous l'avons dit, être résorbé, et la guérison peut s'opérer, si un caillot bienfaisant vient boucher l'ouverture accidentellement formée. J'ai parlé plus haut d'un fait qui démontre la possibilité de cette terminaison heureuse. La femme qui fait le sujet de l'observation n'aurait peut-être pas succombé si elle n'avait eu l'imprudence de se lever trop tôt, ce qui renouvela l'hémorragie à laquelle elle succomba.

Enfin, lorsque cette hémorragie n'est pas mortelle, de la lymphe exhalée par le péritoine entoure le sang, ou bien c'est la partie fibreuse de celui-ci qui remplit le même but. Cette membrane protectrice n'empêche pas l'absorption de la partie liquide, et le sang se réduit à un noyau solide, comme nous le verrons plus loin.

Quelquefois la lésion des artères utérines dans le cancer de la matrice, lorsque le péritoine a été désorganisé, est l'occasion d'un épanchement dans le ventre. J'en ai vu un exemple tout récent.

Les opérations pratiquées sur le rectum, sur la vessie, lorsque le péritoine a été intéressé, peuvent donner lieu à des collections qui n'offrent aucun intérêt particulier.

Enfin, on a rapporté des cas de péritonite hémorragique. M. le

professeur Broussais en cite deux faits qui peuvent laisser du doute, puisque les deux malades dont il a rapporté l'observation avaient fait une chute. Mais dans un troisième cas, consigné dans les phlegmasies chroniques, il semble naturel d'admettre cette hémorragie dans le péritoine. Voici le texte de M. Broussais :

« Le péritoine rempli de sang coagulé, les caillots étendus en nappe » sur tous les viscères, le tissu cellulaire par où pénétrait les vaisseaux » gastro-spléniques rempli de sang, les tissus post-péritonéaux, et » ceux compris entre les duplicatures, noirs et baignés de sang. »

Les collections de sang, que l'on rencontre dans l'intérieur du péritoine peuvent être formées à la suite d'un étranglement de l'intestin. Tantôt le sang est mêlé à la sérosité dans l'intérieur du sac herniaire, tantôt il existe sous forme de caillot. Après sa réduction, un intestin devenu noirâtre par l'étranglement, et infiltré de sang, peut se rompre, lorsque le liquide est réuni sur la membrane péritonéale, et celui-ci s'épancher dans la cavité de l'abdomen. Les choses se passent ainsi lorsque le retour du sang veineux est empêché et que l'étranglement n'est pas assez considérable pour s'opposer à l'abord du sang artériel. C'est ce que j'ai pu observer sur un cadavre que j'ai examiné dans les pavillons de l'Ecole de Médecine, et qui présentait, avec cette coloration de l'intestin, un épanchement sanguin moitié solide et moitié liquide dans la cavité du péritoine. L'anse intestinale contenait une grande quantité de sang, dont une partie était liquide, et dont l'autre, très-adhérente, offrait, examiné sous l'eau, une apparence de soies nombreuses. J'ai depuis retrouvé plusieurs faits de ce genre sur d'autres sujets.

Le sang peut être fourni par la veine cave rompue. Lamotte en rapporte deux observations : dans l'une, il s'agit d'un homme qui reçut un coup d'épée dans la ligne blanche, à quatre doigts au-dessous du nombril : il mourut le troisième jour. La seconde est aussi un exemple d'un coup d'épée reçu à la partie moyenne et inférieure de la région épigastrique. La veine cave et l'aorte furent ouvertes simultanément. Le blessé succomba immédiatement avec une vaste collection de sang dans l'abdomen.

La veine cave peut encore se rompre dans certains efforts. M. Cruveilhier en a rapporté un exemple. On observe plus communément les faits de ce genre sur les chevaux.

A. Cooper cite un malade qui succomba à la suite d'une hémorragie de l'artère épigastrique. Leblanc fait mention de la blessure de ce vaisseau. Richter cite des malades qui en ont été victimes, et Scarpa a été témoin d'une hémorragie qui ne reconnaissait pas d'autre source.

Les collections sanguines de l'abdomen peuvent être fournies par *les vaisseaux épiploïques*. Morgagni en cite des exemples. M. Blandin en rapporte un cas observé dans une paracenthèse (thèse de l'agrégation). C'est ici le lieu de mentionner encore le fait qu'a rapporté Marjolin, de la lésion d'une artère d'une des parois du bas-ventre qui donna naissance à une collection sanguine.

Une rupture d'un des vaisseaux de l'ovaire a encore été la cause de l'épanchement sanguin abdominal. Pelletan rapporte un exemple d'une rupture d'une varice d'une veine ovarique du côté gauche, qui détermina une collection sanguine dans l'intérieur du péritoine. (*Loc. cit.*, tome II, p. 106.)

Ces épanchemens peuvent encore être le résultat de la rupture de l'iliaque primitive, M. Andral en a cité un cas; de l'artère mésentérique, Lelouix en parle dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (1698).

L'aorte anévrismatique peut se rompre et donner lieu à un épanchement promptement mortel. (*Lieutaud*, livre 1er, p 388). L'observation suivante, que je dois à l'obligeance de M. Beaugrand, interne à l'hôpital Saint-Louis, en offre un exemple curieux.

Un enfant de treize ans entra à l'hôpital des Enfans-Malades dans le courant de décembre 1835, pour y être traité d'une affection offrant tous les caractères d'une gastro-entérite grave. Depuis plusieurs jours il avait du dévoiement, le ventre était douloureux à la pression; il y avait eu des vomissemens quelques jours avant l'entrée. Examiné le lendemain de son admission, il présentait les symptômes suivans : Pâleur de la face, douleurs contusives dans les membres, ventre tuméfié, so-

nore, douloureux à la pression, épigastre très-sensible, soif vive ; le pouls était serré, fréquent, les réponses étaient très-précises. Dans la journée, les douleurs abdominales devinrent beaucoup plus vives ; le soir, le malade était dans un état d'anxiété extrême ; la moindre pression sur le ventre était intolérable ; sur les onze heures du soir, il y eut des vomissemens assez abondans, et à deux heures du matin, le malade succomba sans convulsions, sans lipothymies.

L'autopsie fut faite trente heures après la mort. L'abdomen est distendu, sonore dans sa moitié supérieure, offrant une matité légère, qui va en augmentant depuis l'ombilic jusqu'au pubis ; cette cavité ouverte, on constata l'existence d'une pinte environ de liquide séro-sanguinolent, occupant tout le petit bassin, et refoulant les intestins de bas en haut. Plusieurs caillots de sang existent dans la fosse iliaque droite ; dans ce point, le cœcum semble soulevé et porté en avant de la portion de péritoine, qui, après avoir revêtu sa face antérieure, se porte dans la fosse iliaque, laisse apercevoir une rupture à bords infiltrés de sang ; le tissu cellulaire, situé derrière le cœcum, contient aussi une assez grande quantité de sang coagulé, comme si toute cette région eût été le siége d'une contusion violente. La masse des intestins enlevée avec le mésentère, on découvre une énorme tumeur partagée en trois lobes, ou plutôt trois tumeurs ; l'une occupant la partie antérieure de la colonne vertébrale, depuis la dernière dorsale jusqu'à l'angle sacro-vertébral ; la seconde, située à droite de la première, et couchée sur le psoas, de forme allongée, ovoïde, ayant environ quatre pouces dans son grand diamètre et deux pouces et demi dans son plus petit ; enfin, au-dessus et en dehors est une troisième tumeur plus volumineuse que les deux autres, refoulant le rein droit, et s'étendant depuis le bord supérieur des muscles iliaques jusqu'à la face inférieure du foie.

Ces trois masses ont une couleur noirâtre, et sont séparées par des sillons assez profonds. Le rein droit enlevé, la troisième tumeur se trouve ouverte, et on reconnaît qu'elle est constituée par un épanchement de sang très-considérable, qui a refoulé de toutes parts le tissu cellulaire de cette région, et s'en est fait un véritable kyste. Débarras-

sée du sang demi-liquide qu'elle contient, on voit qu'elle communique avec la seconde, qui, ouverte à son tour, et vidée du caillot assez consistant qu'elle renferme, laisse voir la veine cave inférieure qui passe au milieu, et se trouve un peu refoulée en dehors; les parois de ce vaisseau sont épaissies, mais leur continuité est intacte. On ouvre alors la troisième tumeur, qui contenait des caillots très-denses, très-consistans et en partie organisés. Les ôtant couche par couche, on arrive jusqu'à une ouverture à bords inégaux et déchirés; dirigé de haut en bas, un stylet introduit dans cette ouverture remonte dans le canal de l'aorte, que l'on voyait quelques pouces au-dessus se plonger et se perdre dans la masse que l'on venait d'ouvrir. Deux autres stylets introduits dans les artères iliaques externes de chaque côté viennent aussi présenter leur extrémité au-dessous de l'ouverture dont nous venons de parler; il était donc évident que cette dernière poche était une dilatation anévrismale de l'aorte, qui s'était rompue dans le tissu cellulaire du voisinage. La pièce enlevée avec une portion de l'aorte ventrale (jusqu'au point où elle se dégage des piliers du diaphragme) et les artères iliaques, il fut aisé de constater l'existence d'un sac anévrismal formé aux dépens de la tunique celluleuse des parties antérieures et latérales de l'aorte, et siégeant un demi-pouce environ au-dessus de sa bifurcation; la partie postérieure du vaisseau reposant sur la colonne vertébrale n'était pas dilatée, mais sa tunique interne était détruite dans l'étendue de huit à dix lignes, et la moyenne était ramollie dans la même longueur au-dessus de la rupture des tuniques interne et moyenne. L'intérieur du conduit aortique était un peu rouge, la membrane interne friable et peu adhérente; mais à un pouce elle reprenait peu à peu ses caractères, et le reste du canal était parfaitement sain. On peut en dire autant de l'origine des iliaques, qui présentaient le même désordre; les autres artères principales, examinées, étaient dans l'état normal. Outre les trois masses principales, le tissu cellulaire du petit bassin était infiltré de sang qui s'était épanché dans plusieurs points et formait là des petits foyers : c'était un de ces foyers situé sous le cœcum qui s'était ouvert dans la cavité péritonéale.

Du reste, pas de traces de péritonite autres que l'épanchement séro-

sanguin ; pas de rougeur, pas de fausses membranes. La tension du ventre s'expliquait par la présence du liquide et des tumeurs qui avaient refoulé les intestins. Le tube digestif ouvert dans toutes ses étendues ne faisait pas apercevoir la moindre altération organique, pas d'ulcérations, pas même de rougeur muqueuse bien consistante ; seulement dans le cœcum et l'intestin grêle on trouva quinze à vingt lombrics.

§ III.

Les collections de sang peuvent être circonscrites, diffuses, ou bien occuper une certaine étendue de la cavité abdominale ; il n'est pas de points de cette cavité où on ne les ait rencontrées. C'est une question qui a été bien débattue, que celle de savoir si, un vaisseau étant ouvert, le sang s'amasse dans un même point, ou bien s'il peut se répandre vers la partie la plus déclive de l'abdomen. On sait que le fils de J. Petit a soutenu la première opinion, tandis que Garengeot a pensé au contraire que l'on devait toujours rencontrer les épanchemens à la partie la plus déclive ; aussi a-t-il donné comme précepte d'aller à leur recherche dans les points inférieurs de la cavité abdominale.

Petit le fils n'admet pas que le liquide soit entraîné par son propre poids, mais il pense qu'il est poussé par une puissance *à tergo* ; son opinion n'est pas fondée sur des théories seulement, cet auteur l'appuie encore sur des faits et sur l'expérimentation. Pour la démontrer, il en appelle d'abord à l'anatomie ; il fait remarquer que les parois de la cavité sont toujours en contact, et que par conséquent il n'existe entre eux aucun intervalle. Les organes contenus sont accompagnés, dans tous les changemens qu'ils éprouvent, par les parois abdominales, qui se laissent distendre quand ils augmentent, et s'affaissent quand ils diminuent. C'est pourquoi Petit pense que l'épanchement est circonscrit, et que le sang s'accumule autour de la blessure ou au moins non loin d'elle, puisqu'il faut un effort assez considérable de la part du liquide qui déprime les organes, les déplace et fait changer leurs rapports ; aussi les premières quantités de liquide ne marchent-elles, pour ainsi dire, que lorsqu'elles sont poussées et remplacées par d'autres.

Garengeot, de son côté, admet bien que les viscères sont partout en rapport, mais il pense que les liquides épanchés, quelle que soit leur nature, bien que déplaçant les organes avec difficulté, finissent cependant par arriver à la partie la moins résistante et la plus déclive de la cavité abdominale, favorisés qu'ils sont encore par les mouvemens divers des anses intestinales les unes sur les autres.

Depuis ces deux grands chirurgiens, leurs doctrines ont été admises, rejetées, ou modifiées tour à tour. J. Bell admet exclusivement l'explication de J. L. Petit. M. Desoër, en 1815, a soutenu la doctrine de Garengeot, prétendant que le sang cesse bien plutôt de couler par la formation du caillot à l'ouverture du vaisseau blessé, que par la pression que déterminent les organes. M. Fourcade à son tour en 1829 a défendu la théorie de J. L. Petit, qu'il a appuyée en outre d'expériences faites sur les animaux.

M. le professeur Velpeau a une opinion mixte ; il pense que si le sang s'accumule ordinairement autour de la blessure, il n'est pas rare non plus de le voir se répandre entre les parois du ventre et les organes, comme l'ont dit Garengeot et Desoër. Cette dernière opinion, à l'appui de laquelle du reste M. Velpeau apporte plusieurs exemples, me semble la plus admissible, c'est celle à laquelle je n'hésiterai pas à me ranger. Ainsi dans des expériences faites sur les animaux vivans, M. Velpeau a vu du sang disséminé à la surface des intestins, et il a trouvé quelques caillots entre les circonvolutions et dans le bassin; phénomène qu'il rapporte avoir été observé aussi chez l'homme dans deux cas, dont l'un lui a été communiqué. D'ailleurs chacun sait, et M. Velpeau le fait remarquer encore, avec quelle facilité les épanchemens séreux, quelque peu abondans qu'ils soient, avec quelque rapidité qu'ils aient été formés, peuvent changer de place, selon la position qu'occupe le sujet. C'est même sur cette particularité que sont fondées certaines méthodes d'exploration de l'abdomen.

La quantité et la nature du liquide nécessairement variables sont en rapport avec la nature du vaisseau ouvert et l'étendue de sa lésion ; mais avant d'aller plus loin, hâtons-nous de dire que le sang se coagule

plus ou moins rapidement, suivant l'âge de l'individu, et enfin, que les épanchemens sont plutôt diffus lorsqu'ils sont le résultat de la lésion d'une veine, que quand ils sont fournis par une artère, à cause de la différence de plasticité du sang que contiennent ces deux vaisseaux.

Il est important de savoir que le siége de l'épanchement peut favoriser beaucoup ou bien sa circonscription, ou bien au contraire sa marche secondaire, c'est-à-dire celle qui tend à l'éloigner de plus en plus du point primitif. Il est évident que si le caillot et la continuelle action des viscères les uns sur les autres servent à arrêter ou à limiter l'épanchement, on ne saurait disconvenir que les organes voisins ne puissent avoir une plus ou moins grande part à sa circonscription, par les saillies et les cloisons qu'ils forment au devant de lui; ainsi, dans l'hypochondre gauche, le sang est plus ou moins limité par le colon lombaire du même côté; ainsi, dans l'hyatus de Winslow, il est circonscrit par le colon transverse, par le foie; mais dans les régions lombaires au devant de l'intestin grêle, le sang tend continuellement par sa propre pesanteur, par l'action incessante des intestins et par le poli de la membrane séreuse, à gagner la partie la plus déclive de l'abdomen, le petit bassin, les fosses iliaques: ce n'est qu'exceptionnellement que Petit admet la non-circonscription des épanchemens, lorsque, par exemple, la mort a été prompte, et que la cessation d'action des viscères abdominaux et des parois du ventre permet au sang de se répandre dans les diverses circonvolutions intestinales, d'où la multiplicité des épanchemens. Cependant après la mort, comme le fait remarquer Desoër, les parties contenues et les parties contenantes opposent la même résistance, et le sang ne peut pas plus la vaincre que pendant la vie.

S'il est démontré que le sang après la mort ne peut pas plus se porter dans un point éloigné de l'épanchement primitif que pendant la vie, puisqu'il a les mêmes résistances à vaincre, on doit admettre que les chocs imprimés à la cavité abdominale, en déterminant une impulsion dans le liquide, peuvent en favoriser le déplacement. Petit rapporte que, chez un malade qui avait reçu un coup d'épée au côté droit du ventre au-dessous de l'ombilic, il reconnut l'épanchement le troisième jour

alors qu'il fut appelé; mais le blessé ayant été transporté dans une voiture dont les cahots étaient très durs, il succomba à la suite de violentes coliques, qui se faisaient sentir dans toute l'étendue de l'abdomen. A l'autopsie on trouva au moins trois chopines de sang noir et fluide, disséminé. Dans toute la cavité abdominale, dans l'hypogastre, il existait des adhérences qui formaient une espèce de poche.

Assurément, il est impossible d'admettre avec Petit que l'action des viscères et des parois du ventre puissent circonscrire l'épanchement, lorsque le sang est versé en grande quantité, car alors ce liquide s'amassant autour de la blessure, se répand bientôt au loin et se réunit dans le point qui offre le moins de résistance, dans la région la plus déclive de l'abdomen; c'est assurément dans ce cas que la doctrine de Garengeot et de Desoër est incontestable : on peut encore citer à l'appui quelques observations prises dans les Mémoires de l'Académie de médecine et dans la *Nosographie chirurgicale*.

M. le professeur Richerand dit dans sa *Nosographie* (tome IV, page 131) : « La roue d'une voiture pesamment chargée passa sur » le ventre d'un jeune homme couché sur le dos. Il en mourut au » bout de quelques minutes. L'examen du cadavre me fit apercevoir » un gonflement de l'abdomen, joint à une extrême pâleur de la sur» face; j'ouvris la cavité, dont la tuméfaction paraissait due à l'épan» chement d'un liquide; je la trouvai pleine de sang en partie fluide, » en partie coagulé; la paroi antérieure de l'abdomen et les intestins » étaient meurtris; l'aorte ventrale était également contuse, mais la » veine cave était déchirée au-dessous des reinales, et la mort provenait » évidemment de cette rupture. » Les faits suivans paraissent venir à l'appui de ce qui précède.

On lit dans le mémoire de Petit le fils qu'un soldat qui avait reçu un coup d'épée au côté gauche de l'ombilic fut pris de symptômes graves, et que le dix-neuvième jour seulement Petit crut reconnaître un épanchement de sang dans la région hypogastrique qui était plus étendue à droite qu'à gauche. Une incision faite parallèlement au muscle droit donna issue, aussitôt que le péritoine fut ouvert, à plus de deux pintes d'un

sang noir et fétide. Le malade fut soulagé à l'instant, mais il mourut vingt-quatre heures après.

Enfin, dans un des mémoires de l'Académie de chirurgie, Vacher rapporte qu'un soldat reçut un coup d'épée, un pouce au-dessous du cartilage xiphoïde, et à pareille distance de la ligne blanche du côté gauche. Cette plaie donna lieu à divers accidens, qui appartiennent aux plaies pénétrantes de l'abdomen et dont le plus remarquable fut un vomissement de sang. Combattus par des moyens convenables, ils cessèrent le cinquième jour ; le sixième une petite tumeur se manisfesta aux environs de la plaie ; des saignées renouvelées la firent disparaître, et le malade alla bien jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle il se plaignit de douleurs vers la région hypogastrique, qui n'offrait alors aucun phénomène appréciable ; le lendemain on sentit une tension légère. Vacher rapprochant alors les symptômes précédens de cette dernière circonstance, s'arrêta à l'idée d'un épanchement de sang ou de tout autre liquide, et une incision faite à un pouce au-dessous de l'anneau du côté droit et à quelques lignes du muscle droit, donna issue à un jet de sang noir, grumelé et de fort mauvaise odeur ; il en sortit trois chopines. Le malade fut immédiatement beaucoup soulagé ; il guérit un mois après la suppuration de la poche qui diminua graduellement.

§ IV.

Si nous examinons maintenant les symptômes par lesquels se traduit une collection de sang qui s'est faite à l'intérieur de l'abdomen, nous devons d'abord distinguer les cas où l'épanchement est considérable, de ceux dans lesquels il est peu abondant. Dans la première circonstance, en effet, les signes qui sont communs à toute hémorragie interne sont ceux qui nous frappent d'abord : ainsi la pâleur, la faiblesse du pouls, la syncope. Mais bientôt on en observe d'autres plus caractéristiques de l'épanchement et qui dépendent évidemment de la compression qu'éprouvent les organes par le liquide épanché, et du changement de rapport que celui-ci détermine entre eux ; ainsi le gonflement du ventre, le sentiment d'une chaleur subite dans l'intérieur de la cavité abdominale,

les envies de vomir et d'uriner, la sensation de pesanteur dans l'hypogastre, ainsi que l'oppression, sont, lorsqu'ils se présentent rapidement, les signes probables d'épanchemens sanguins, et si on interroge les circonstances concomitantes ou antérieures, on conservera dans la plupart des cas peu de doute sur la nature de l'affection. Supposons, par exemple, que les désordres que je viens d'indiquer plus haut surviennent à la suite d'une plaie, d'une contusion du ventre, ou qu'ils succèdent à des symptômes de dilatation des divers troncs vasculaires contenus dans l'intérieur de cette cavité, ils ne permettront guère de méconnaître la maladie. Si on hésitait encore, aucun moyen ne serait assurément plus propre à éclairer tout-à-fait un diagnostic douteux que le palper, et surtout la percussion médiate; ce moyen d'exploration, si utile dans les affections médicales et chirurgicales du ventre, en confirmant la présence d'une collection dans la cavité abdominale, faciliterait en outre l'appréciation de son étendue et de son siége précis. Toutefois, les collections de ce genre ne donnent pas toujours lieu à des phénomènes aussi clairs et aussi nombreux. Il arrive trop souvent que plusieurs venant à manquer, le praticien reste fort incertain.

Si, dans les grandes collections, le diagnostic peut être difficile, que sera-ce donc dans le cas où les épanchemens seront très-petits, nombreux et disséminés. On devra alors seulement chercher à réunir le plus possible des signes indiqués plus haut, et c'est dans ces circonstances que l'attention la plus scrupuleuse devra se joindre à l'expérience la plus consommée, pour prononcer sur un des cas peut-être le plus difficile de la chirurgie.

§ V.

Souvent toute espèce de symptômes manque, les phénomènes qui paraissaient se rattacher seulement aux accidens dépendans de la lésion première disparaissent et tout semble rentrer dans l'ordre; mais bientôt surviennent quelques signes que l'on peut appeler consécutifs; on peut placer en première ligne tout le cortége des symptômes qui caractérisent une inflammation du péritoine, inflammation qui sera proportionnée à l'étendue de la collection. Je ne dois pas passer ici sous silence une particula-

rité assez remarquable que présente le sang par rapport à la susceptibilité du péritoine, pour lequel il semble être moins irritant que les autres liquides qui peuvent s'épancher dans l'intérieur de cette membrane. Aussi une péritonite consécutive à un épanchement sanguin débutera-t-elle moins rapidement que si elle succède à un épanchement de matières fécales ou bilieuses, et les symptômes sont-ils en général moins graves que dans le second cas où ils sont souvent terribles et mortels. Dans les petites collections, la péritonite est quelquefois au contraire légère et tout-à-fait limitée, elle n'a même d'autre résultat que la circonscription de l'épanchement sanguin, ou le mélange d'un autre liquide.

Si, vers le huitième, dixième, ou douzième jour, époque la plus habituelle de son début, la péritonite ne se manifeste pas, on voit bientôt survenir de la fièvre qui augmente le soir, annoncée souvent par un frisson et terminée par une sueur plus ou moins abondante. Une douleur vive et exaspérée par la pression se développe sur un ou plusieurs points du ventre; le malade s'incline du côté douloureux, tant la simple tension des muscles est pénible; la dureté, la tension et la chaleur que l'on trouve dans ce point indiquent une fonte de la collection, ou la conversion en abcès, qui, selon sa position, alors détermine des symptômes du côté de tel ou tel organe selon le côté qu'il occupe et la partie qu'il comprime. Nous avons vu plus haut des cas où la collection réunie vers l'hypogastre avait déterminé dans cet endroit une tumeur assez appréciable pour éclairer le diagnostic.

Dans le cas où ce phénomène a lieu, comment se fait cette conversion, et que devient le sang réuni dans l'abdomen? Lorsque la collection sanguine doit se terminer comme je viens de le dire, c'est que, presque toujours considérable, elle est le résultat d'une abondante hémorragie; alors le sang se coagule à mesure qu'il s'écoule, et le caillot ainsi formé s'attache et adhère aux parties qu'il touche, tandis que la sérosité qui s'en sépare est en totalité ou en partie résorbée. Pour le caillot, une production particulière (*fausse membrane*, *couenne lymphatique de Petit*; *lymphe plastique d'autres auteurs*.) se développe autour de lui de manière à le circonscrire. Ce travail s'accomplit dans les premiers jours après le développement de la collection et sans entraîner d'accidens par-

ticuliers ; c'est le tems qui correspond à l'intervalle de calme que nous avons indiqué plus haut. Mais bientôt le caillot change de nature, du huitième au douzième jour. Un travail spécial s'établit ; de ferme, solide et homogène qu'il était au moment de sa formation, le caillot s'amollit peu à peu dans le centre, il se liquéfie et devient le siége d'une fermentation putride ; la tumeur formée par lui augmente de volume, présente de la fluctuation ; à l'ouverture il s'en écoule du pus mêlé à du sang et constituant une masse fétide plus ou moins abondante.

Le véritable réusltat de la décomposition de la collection sanguine, cette transformation possible sans le contact de l'air atmosphérique, est, comme tous les phénomènes de ce genre, accélérée et facilitée encore par la présence de cet agent. Ce fait était déjà connu de Van-Swiéten, ainsi qu'on peut le voir dans ses Commentaires (tome I, page 281), dans un passage où il exprime ses idées sur les accidens déterminés par la résorption de ce liquide devenu purulent, question qui occupe si vivement les médecins de notre époque.

Cette collection purulo-sanguine peut, par une loi de l'organisation, se faire jour à l'extérieur par plusieurs voies. M. Fournier rapporte un fait où des kystes résultant d'un épanchement sanguin qui était la suite d'une plaie, se sont fait jour à travers les parois de l'estomac érodées et se sont vidés à l'extérieur par ce viscère (Thèse, août, 1829, page 6). Dans un autre fait observé par M. Larrey, et cité dans cette thèse (page 11), l'épanchement survenu à la suite d'un coup de baïonnette avait eu pour résultat d'amener le sang à l'extérieur, partie par la plaie, partie par l'intestin.

Le fait suivant montrera la marche que suit le ramollissement du sang.

C. J., âgé de 35 ans, ébéniste, homme de cinq pieds quatre pouces, à système musculaire moyennement développé, reçut, le 14 avril 1834, cinq coups de baïonnette à la partie supérieure de l'abdomen du côté gauche, et plusieurs coups de crosse de fusil, dont deux principalement à la région latérale gauche et inférieure du thorax, plus, un coup de baïonnette plus violemment porté que les autres au niveau de la dernière côte,

à deux pouces des apophises épineuses ; enfin, un coup de sabre sur la partie antérieure de la région pariétale droite. Il fut apporté à l'hôpital Saint-Louis vers neuf heures, après avoir été saigné en ville ; on lui fit une deuxième saignée et une application de cinquante sangsues sur l'abdomen, suivies d'un cataplasme émollient. Le ventre était volumineux du côté gauche et douloureux, le visage affaissé, pâle ; le pouls était petit et fréquent. Le malade eut, dans la journée et les deux jours suivans, cinq ou six vomissemens de matières couleur lie de vin noirâtre, de consistance de confitures. (Nouvelle saignée, nouvelle application de sangsues.) Le ventre diminua, les douleurs disparurent, les petites plaies se cicatrisèrent, le visage devint meilleur, le malade reprit un peu d'appétit, obtint quelques tasses de bouillon le cinquième jour, et ensuite des potages ; il récupéra quelque forces et se leva le neuvième jour ; l'alimentation fut ensuite graduellement augmentée et la convalescence fit des progrès rapides. La plaie de tête ne donna lieu à aucun accident ; le malade conservait seulement un peu de céphalalgie, des espèces de tiraillement du côté gauche de la tête et un sentiment de gêne, une sensation de barre à la base de la poitrine.

Le 1er *mai*, cette gêne plus sensible qu'à l'ordinaire l'ayant engagé à fléchir le corps en arrière, il éprouva aussitôt dans le ventre une douleur inaccoutumée, qu'il comparait à un flot de liquide qui descendrait dans l'abdomen avec gargouillement. Ce symptôme s'accompagna bientôt d'une fièvre intense sans frissons, mais avec chaleur élevée, sueurs et accélération du pouls.

Le 3 *mai*, les phénomènes sont encore plus prononcés. Le décubitus sur le côté gauche est impossible et une douleur assez vive se fait sentir par les mouvemens et la pression sous les fausses côtes gauches.

Le 5, tout l'abdomen est gonflé, tendu, douloureux ; l'on aperçoit une saillie d'environ quatre pouces de diamètre entre l'ombilic, les fausses côtes et la crête iliaque.

Le 6, la tuméfaction est plus marquée, mieux circonscrite, mais elle présente assez de résistance et ne laisse apprécier aucune fluctuation ; elle n'offre qu'un peu d'empâtement et une fluctuation obscure. Je me décidai, me rappelant les commémoratifs, à donner issue au li-

quide contenu dans cette région ; je fis avec un bistouri convexe, et à quatre travers de doigt en dehors de la ligne blanche, une incision verticale, dont l'extrémité supérieure commençait à un pouce au-dessus du niveau de l'ombilic et qui avait deux pouces et demi de long. Je divisai successivement et avec lenteur la peau, le tissu cellulaire, les muscles, sans accident. Un dernier coup de bistouri donné avec précaution fit écouler enfin environ huit onces d'un liquide d'un rouge lie de vin, semblable à la bouillie résultant du parenchyme de la rate ramollie. Quelques pressions modérées en favorisèrent la sortie. Le malade éprouva un peu de cuisson dans la plaie jusque vers deux ou trois heures. L'état de faiblesse qui suivit l'opération ne fut pas de longue durée, il passa tranquillement la journée sans frisson, ni nausées, ni selles. La nuit s'écoula sans sommeil.

Le 7 mai. Décubitus dorsal ; face pâle, peu altérée ; lèvres pâles ; forces moyennement déprimées ; *voix faible*, pas de céphalalgie, intelligence et mémoire bornée ; sens intacts ; bouche sèche, un peu pâteuse ; langue d'un rose pâle sur les bords, villeuse et couverte d'une couche brunâtre au milieu ; soif vive ; anorexie ; déglutition facile, pas de nausées ni de vomissemens. Epigastre et ventre indolens même sous la pression, laquelle n'est douloureuse qu'au voisinage de la plaie ; pas de selle depuis trois jours.

En enlevant le pansement, il s'écoule de la plaie béante encore environ une once et demi de liquide lie de vin mêlé d'un peu de pus que l'on distingue très-bien au milieu. On introduit dans la plaie une petite mèche, on applique ensuite une compresse fenêtrée enduite de cérat, un peu de charpie, un cataplasme de farine de graines de lin, et l'on continue les boissons émollientes et la diète.

Le 8. Le ventre est indolent même sous une pression modérée, si ce n'est dans un rayon d'un pouce autour de la plaie ; celle-ci fournit un liquide beaucoup plus purulent que la veille. Pouls quatre-vingt-six, respiration vingt-deux, du reste même état qu'hier. On place dans la plaie une mèche grosse comme le doigt annulaire et dont l'introduction est douloureuse. On achève le pansement comme la veille. Dans la journée, douleurs assez vives qui se calment le soir, une selle natu-

relle est rendue par le lavement sans douleur ; nuit bonne, cinq ou six heures de sommeil.

Le 9. Le ventre est plus souple qu'hier, presqu'entièrement indolent, si ce n'est au voisinage de la plaie. La mèche retirée, il s'écoule encore environ une once de liquide de couleur lie de vin. En exerçant des pressions sur la région de la rate, on fait sortir par la plaie des petits flux de ce liquide mêlés de quelques bulles de gaz et d'un peu de détritus jaunâtre comme purulent. Des pressions exercées sur les autres points de l'abdomen ne font rien sortir. Pas de nausées, pas de soif ; pouls (quatre-vingt-six), fort, plein, régulier ; respiration facile, (vingt), peau naturelle. On introduit une nouvelle mèche moins volumineuse et qui cause peu de douleur.

Le 10. Nuit bonne, sept heures de sommeil. La face devient moins souffrante, les joues moins pâles ; ventre un peu plus tendu qu'hier, mais sans douleur. On trouve dans la plaie un morceau de détritus assez analogue à un caillot fibrineux couleur lie de vin. Du reste il coule peu de liquide. On ordonne des injections d'eau tiède dans le foyer, faites au moyen d'une sonde de femme préalablement introduite et qui pénètre jusqu'à cinq pouces de profondeur. On accorde deux soupes.

Le 11. La mèche étant retirée, quelques pressions exercées autour de la plaie en font sortir environ deux onces de détritus fibrineux mêlé de parcelles semblables à des débris de fausses membranes un peu plus blanchâtres, et du pus rougeâtre, grumeleux, floconneux comme du lait tourné. Du reste, le ventre est plus souple qu'hier. Etat général bon, pouls régulier de force moyenne, respiration libre.

Le 12. Quelques pressions font encore sortir une once de liquide grumeleux mêlé d'une petite quantité de matière lie de vin ; même pansement, moins la mèche. On augmente les alimens.

Le 13. La plaie laisse échapper un peu de liquide grumeleux, mais couleur du pus et mêlé de quelques bulles de gaz. On replace une mèche.

Le 14. Le malade a souffert hier et dans la nuit un peu plus qu'à l'ordinaire dans l'abdomen ; le liquide purulent a continué de couler insensiblement de manière à traverser le pansement. A la vérité, il s'en échappe

encore une cuillerée mêlée de quelques bulles, mais plus homogène. Quelques efforts sont faits pour enfoncer perpendiculairement les pinces à pansement, tandis que la direction que suit la sonde abandonnée à elle-même est un peu oblique de bas en haut et de droite à gauche, en pénétrant à quatre pouces de profondeur. Pouls (quatre-vingt-dix), respiration (vingt-deux). Du reste, rien de nouveau, pas de selle depuis trois jours.

Dans la journée et la soirée, douleur assez vive dans la plaie avec agitation et un commencement de délire. Ces symptômes s'apaisent dans la nuit, après l'administration d'un lavement qui provoque une selle copieuse, ordinaire; vers le matin ils ont cessé.

Le 14, au matin, le pus est de plus en plus homogène, il devient inodore. Le ventre est souple, indolent. Le pouls est redescendu à quatre-vingt-deux, la respiration à vingt.

Le 16, au matin, environ une once du pus jaunâtre bien lié. Pouls (quatre-vingt-six), respiration (vingt).

Du 20 *au* 24. Les jours suivans, le pus diminue sensiblement de quantité. Le malade n'éprouve autre chose que quelques douleurs dans la plaie, douleurs qui diminuent de jour en jour. En même tems les lèvres de la plaie se couvrent abondamment de bourgeons charnus au moyen desquels les bords se rapprochent et en diminuent l'étendue.

La sonde qui sert à faire les injections pénètre chaque jour plus difficilement et moins profondément. Le 24, elle n'entre plus que de deux pouces et quelques lignes.

Du reste, toutes les fonctions reprennent leur état physiologique, les forces s'accroissent, le pouls et la respiration perdent leur fréquence. Dès le 19, il n'y a plus que soixante-seize pulsations et dix-huit inspirations par minute; l'appétit devient graduellement plus prononcé, on augmente encore les alimens. Le même pansement est continué avec le soin de diminuer graduellement le volume de la mèche introduite dans l'intérieur du foyer.

Le 24. On la remplace par une mèche volumineuse placée seulement entre les lèvres de la plaie extérieure. *Le* 27. La sonde ne pénètre plus

que d'environ huit lignes, et *le* 28 de trois ou quatre seulement, les injections sont supprimées.

Le 29 *et le* 30. On passe le nitrate d'argent sur les bourgeons exubérans, et *le* 31, on panse à plat. Insensiblement les bourgeons charnus se rapprochent et se confondent. La surface suppurante diminue d'étendue de la circonférence vers le centre. La cicatrice qui en résulte prend un aspect rayonné. Le contour de la plaie offre une induration profonde qui diminue aussi graduellement par la circonférence. *Le* 6 *juin*. Ces bourgeons encore suppurans ne présentent plus que douze ou quinze lignes de longueur sur six de largeur au milieu, la cicatrice forme autour d'eux une bande rougeâtre; les plis qui rayonnent s'irradient à deux ou trois lignes sur la peau environnante, et l'induration précitée ne s'étend plus au-delà de ces limites. Bientôt tous les bourgeons se cicatrisent, et vers le 15 juin le malade est complètement guéri.

La collection n'entraîne pas toujours consécutivement de tels désordres; lorsqu'elle n'est pas considérable, le liquide se trouve bien encore compris et renfermé dans un kyste formé par les adhérences, comme nous venons de voir que cela avait lieu dans le cas précédent, mais le caillot peut finir par être résorbé; alors l'adhérence s'établit de manière à circonscrire le caillot soit par déposition d'une lymphe plastique, soit par simple agglutination des organes ou entr'eux, ou avec le caillot lui-même. Bientôt toute la partie séreuse est absorbée, et l'espèce de kyste qui a été formé laisse exsuder de ses parois un liquide qui se mêle aux couches les plus extérieures du caillot, de manière à faciliter la résorption qui finit par être complète. La seule trace que l'on en retrouve, c'est un cordon celluleux qui remplace l'ancien kyste; encore y a-t-il beaucoup d'exemples qui prouvent que souvent, après un long espace de tems, on n'en retrouve plus le moindre vestige.

Lorsque le sang sorti des vaisseaux a formé une collection, partie derrière la blessure, partie à la surface de la masse intestinale, il peut arriver que la portion circonscrite derrière le point lésé, subisse une mo-

dification semblable à celle que j'indiquai tout à l'heure, ou bien encore quelquefois qu'il soit résorbé sans même avoir été borné par ces moyens si admirables de limitation. Enfin après les collections sanguines anciennes, on peut retrouver à l'ouverture du ventre de véritables noyaux de coagulum sanguin, répandus à la surface du péritoine, et logés entre les circonvolutions réunies. Pelletan, dans sa *Clinique chirurgicale* (tome II, p. 104), en cite deux exemples. Dans l'un l'autopsie a été faite sept mois après l'accident; dans l'autre, la collection datait de vingt ans; les caillots noirs et desséchés étaient, dans le petit bassin, adhérens au tissu cellulaire; il y en avait aussi quelques-uns fortement adhérens au péritoine du foie et de l'estomac. (Loco citat., p. 108.)

§ VI.

Quelques symptômes communs semblent, au premier abord, devoir jeter quelque obscurité sur le diagnostic des collections de sang en général, et des collections des liquides d'une autre nature. Il est donc nécessaire d'esquisser ici rapidement quelques-uns des traits principaux qui les séparent.

La rupture de la vessie donne lieu à l'écoulement de l'urine dans la cavité abdominale et bientôt cet épanchement est suivi de douleurs vives, etc. Mais l'accident a été précédé de rétrécissement de l'urètre, de l'introduction de sondes dans la vessie, de maladie de cet organe, circonstances qui ont toutes une valeur pour éclairer le diagnostic. Si la vessie a été rompue par une pression ou une contusion, le coup a été porté sur la région hypogastrique, et d'ailleurs l'introduction du cathéter ne donne pas issue à l'urine; l'instrument peut pénétrer dans la rupture et être senti au travers des parois de l'abdomen, et le doigt porté dans le rectum ou le vagin ne peut plus reconnaître la vessie distendue. Enfin les accidens primitifs sont ceux de la péritonite; et l'infiltration séreuse, ainsi que le phlegmon diffus qui en est la suite dans quelques cas, servent encore à éclairer le diagnostic.

Les lésions de l'intestin, assez larges pour permettre un épanchement de matières fécales, déterminent encore les symptômes d'une péritonite

grave, quelquefois circonscrite comme l'épanchement lui-même, mais généralement diffuse. Mais un caractère pathognomonique que j'ai eu souvent occasion d'observer, et que j'ai rencontré constamment, c'est la *tympanite* instantanée qui accompagne les perforations de l'intestin, à la suite de plaies ou de ruptures de cet organe. Ainsi, dans des ruptures d'anses intestinales comprises dans des hernies inguinales, j'ai vu survenir instantanément une tympanite partielle : le scrotum était distendu, et le gaz pouvait être repoussé dans le ventre. J'ai encore observé cette tympanite instantanée à la suite de ruptures de l'intestin contre la colonne vertébrale, comme j'en ai cité ailleurs plusieurs exemples. Ainsi ce symptôme pourrait être, à mon avis, un moyen de distinguer les épanchemens de matières fécales des épanchemens sanguins.

Chez certains sujets très-irritables, une plaie de l'abdomen peut déterminer des symptômes nerveux, qui fassent croire à un épanchement de sang ; ainsi la pâleur, les lipothimies, la douleur vive ; mais alors la percussion médiate aidera à reconnaître la véritable nature de l'affection, que d'ailleurs le tems peut éclairer encore.

Enfin les épanchemens de bile dans la cavité abdominale, par les symptômes violens et instantanés de péritonite qu'ils déterminent, par la rétraction très-marquée des parois abdominales et l'absence des signes d'hémorragie, seront toujours facilement distingués des collections sanguines intra-péritonéales.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de l'épanchement du sang dans la cavité abdominale, en supposant qu'il puisse offrir du doute, ne demande pas, comme nous le verrons plus loin, sous le rapport du traitement, à être aussi rigoureux qu'on le désirait autrefois, afin de pouvoir lui donner une issue prompte et rapide.

Le pronostic des épanchemens sanguins est d'autant plus grave que la collection est plus étendue ; il est encore modifié par le siége qu'elle affecte. On comprend d'ailleurs qu'un épanchement de toute autre matière, bile, urine, matières fécales, accompagnant la collection sanguine, en augmente d'autant la gravité.

§ VII.

Le traitement présente deux indications principales : 1° arrêter ou modérer l'épanchement ; 2° favoriser la résorption ou donner issue au liquide circonscrit qui le forme.

Lorsque des symptômes d'hémorrhagie surviennent à la suite d'une plaie de l'abdomen ou d'une opération pratiquée sur les parois de cette cavité, il faut, s'il est possible, faire la ligature du vaisseau ouvert ou le comprimer. Mais, dans la plupart des cas, on ne saurait arrêter par une force mécanique immédiate un écoulement sanguin dont il est impossible d'atteindre la source ; on ne peut que le modérer par des saignées, par des applications froides sur l'abdomen, par une compression méthodiquement exercée autour de cette cavité, et par des révulsifs appliqués sur les membres, aidés de l'emploi de quelques autres moyens plus ou moins efficaces, de boissons acidulées, d'astringens, etc.

Une fois la collection formée, il est important de s'opposer au retour de l'écoulement, à l'aide du repos le plus absolu. Ce moyen aura pour effet d'éviter le déplacement du caillot, d'empêcher l'épanchement de devenir diffus de circonscrit qu'il était ; enfin de conserver toujours les parties dans le même rapport, et de favoriser ainsi la déposition de la lymphe autour du caillot.

On remplit la seconde indication que j'ai établie plus haut, c'est-à-dire on favorise l'absorption par les applications résolutives, par de petites saignées répétées, par des ventouses dont les mouchetures, comme le veulent MM. Larrey et Fourcade, ne dépassent pas le réseau sanguin de la peau, et enfin par des médicamens internes appropriés, et notamment par la décoction et le sirop de ratanhia, dont l'emploi est surtout indiqué chez les individus qui sont faibles, et dont on a lieu de croire que le sang offre peu de plasticité.

Lorsque tous les moyens dont je viens de parler ont été mis en usage pendant un tems plus ou moins long et sans résultat, convient-il de donner issue au sang ? Je crois, avec M. Cruveilhier, que les cas où l'on doit faire l'ouverture des collections sanguines ne sont que l'excep-

tion. Je pense qu'ils doivent être bornés à ceux dans lesquels des accidens, occasionés par l'épanchement qui persiste, menacent de se développer. En effet, l'absorption a souvent lieu d'une manière positive, quoique très-lente, et d'ailleurs nous avons vu plus haut que des collections peuvent persister un tems considérable (vingt ans, par exemple, comme dans le cas cité par Pelletan) sans amener de résultats fâcheux. Ainsi les conditions suivantes sont nécessaires pour autoriser l'ouverture d'une collection sanguine de l'abdomen. Il faudra : 1° que l'hémorragie soit entièrement arrêtée; 2° que la collection soit circonscrite et facilement appréciable; 3° que le sang paraisse avoir subi déjà un certain degré de ramollissement, et ait produit plusieurs des symptômes que nous avons indiqués plus haut, tels que douleur, tension, chaleur locale, augmentation de volume de la tumeur, fluctuation et phénomènes généraux. Alors, non seulement on pourra, mais même on devra évacuer le liquide, comme les observations de Bonnet, Cabrol, Vacher, Petit semblent en faire une loi, et comme plusieurs exemples m'en ont démontré la nécessité.

Pour donner issue à cette collection, on attaque le point le plus déclive par la ponction ou l'incision. La ponction, conseillée par Pelletan dans l'intention d'éviter l'entrée de l'air, ne saurait remplir les vues du chirurgien. Les caillots bouchent bientôt la canule, et s'opposent à l'évacuation libre et facile du sang. Quant à l'incision, si on craignait l'action nuisible de l'air atmosphérique, on pourrait la pratiquer, comme le conseille M. Larrey, de manière à ce que celle des tégumens ne correspondît pas avec celle des parties plus profondément situées. Pour moi, il me semble que l'on redoute trop le contact de l'air dans ces circonstances, surtout si le foyer est bien circonscrit. Je préfère donc l'évacuation totale du liquide, à l'aide d'une incision aussi étendue que possible, en évitant toutefois de dépasser les limites des adhérences, et en incisant couche par couche jusqu'au foyer, comme je l'ai fait dans une circonstance analogue. Le liquide s'écoule alors plus facilement, et les parois du kyste revenant sur elles-mêmes, la suppuration n'est pas interminable comme lorsqu'on a pratiqué une petite incision. Une mè-

che placée entre les bords de la plaie est destinée à en empêcher l'occlusion.

Si la quantité de pus exhalé était trop considérable, on pourrait faire des injections, mais avec ménagement, de peur de détruire les adhérences. La nature du liquide qui devra être injecté variera d'ailleurs suivant l'état des parties. Toutefois, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, il arrive souvent que la suppuration se prolonge, et que la cicatrisation, après s'être fait long-tems attendre, n'a lieu qu'avec une dépression du point correspondant des parois abdominales.

Les épanchemens de sang de la cavité péritonéale qui surviennent à la suite de plaies sont très-souvent accompagnés d'épanchemens *extérieurs au péritoine*, que le sang vienne de la même source, ou qu'il soit fourni par un vaisseau lésé dans le trajet. On ne saurait établir de parallèle entre les épanchemens sanguins dans le péritoine et les épanchemens extra-péritonéaux.

C'est donc à dessein que je ne parle pas de ces sources diverses de collections extra-péritonéales qui peuvent appartenir aux parois du ventre, ou venir de loin, comme dans le cas cité par M. Blandin, dans lequel le sang provenant d'une hémorragie après une amputation de la cuisse, suivit les muscles biceps et demi-membraneux, et le nerf sciatique, pour s'épancher dans le bassin ; je croirais, comme je l'ai dit plus haut, sortir de ma question. Je ne puis cependant m'empêcher, avant de terminer, de dire ici qu'à l'hôpital Saint-Antoine, à l'ouverture du cadavre du nommé Braux (J.-Ch.), qui mourut quelques heures après y être entré, je trouvai un épanchement considérable dans tout le tissu cellulaire extra-péritonéal, par suite de la lésion de la veine iliaque externe, qui avait été déchirée par un fragment du pubis.

COLLECTIONS DE PUS.

§ IX.

Les collections purulentes peuvent se développer dans le péritoine lui-même, ou être versées comme accidentellement dans la cavité de cette membrane.

Les collections de pus qui se forment dans la cavité abdominale sont observées à la suite de péritonites aiguës qui ont entraîné la mort avec plus ou moins de rapidité.

Ces collections sont formées par un liquide séro-purulent ou par un pus blanc, crêmeux. J'ai vu dans un cas de péritonite, chez une femme qui avait succombé en vingt-quatre heures, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Montaigu, un pus crêmeux répandu en grande quantité dans toute la cavité abdominale. Sur quelques points, il était mêlé à du sang. On comprend que, lorsque le péritoine est ainsi enflammé dans une grande partie de son étendue, la collection doive être diffuse comme l'inflammation de la membrane séreuse, et que cependant la plus grande partie du liquide tende à gagner la partie la plus déclive, lorsqu'il est produit en certaine quantité. Ces collections, comme terminaison de la péritonite, ne demandent pas que je m'occupe de leur histoire, qui rentre dans celle de cette maladie.

A la suite des opérations, on a quelquefois l'occasion de rencontrer dans l'intérieur du péritoine des collections purulentes, qui n'ont été annoncées par aucuns symptômes locaux; mais alors ces collections sont rarement seules, et l'on trouve ordinairement du pus dans les membranes synoviales et des abcès dans les viscères.

Quoi qu'il en soit, c'est un trouble général qui fait supposer et craindre l'existence de ces collections ou de ces abcès circonscrits, attribués par les uns à l'absorption du pus en nature à la surface des plaies ou des foyers purulens, et par les autres à l'altération locale du sang, mêlé au reste de la masse sanguine, à la suite d'une phlébite.

Il n'y a pas long-tems que j'ai pratiqué une opération que je regar-

dais comme peu grave, et qui cependant eut les conséquences les plus fâcheuses, par le développement d'une phlébite insidieuse. Cette opération avait été pratiquée sur le vagin : un trouble général survint quelques jours après, et la malade succomba. A l'autopsie, je trouvai un liquide séro-purulent dans le bassin. Les veines du vagin enflammées contenaient du pus lie de vin, et enfin il y avait dans le poumon de ces abcès circonscrits si bien décrits par Dance, MM. Cruveilhier, Velpeau et Blandin.

Mais le péritoine ne s'enflamme pas toujours dans une aussi grande étendue, et c'est alors que cette inflammation partielle peut déterminer des adhérences et des abcès circonscrits. Ce sont ces adhérences qui empêchent les liquides de diverse nature d'être versés dans l'intérieur de la cavité péritonéale, et qui permettent de porter l'instrument dans l'abdomen, et de donner issue à ces liquides par des opérations qui le plus ordinairement, dans d'autres cas, deviendraient mortelles. Aussi est-ce une loi pour le chirurgien de provoquer leur formation lorsqu'elles n'existent pas.

Les abcès circonscrits du péritoine peuvent être produits par des projectiles qui s'y sont arrêtés, à la fin de leur impulsion. Le fait suivant me paraît être un exemple de ce genre.

Un soldat entra à l'hôpital Saint-Louis, pour une plaie d'arme à feu, à ouverture unique. Celle-ci fut débridée, et les recherches que je fis pour découvrir le corps étranger me démontrèrent que le projectile s'était creusé un trajet du trochantère gauche, sous l'arcade crurale, au travers des parties molles. Dès ce moment, je cessai mes tentatives. Une large saignée fut pratiquée. Sept jours après l'entrée du malade, se manifestèrent les symptômes d'une péritonite violente. Les bains, les sangsues appliquées en grand nombre, n'empêchèrent pas que le neuvième et le dixième jour le malade n'éprouvât des frissons, et l'abdomen se développât vers sa partie inférieure. Alors je pus déterminer la fluctuation par une pression alternative, et je reconnus la présence du pus accumulé en foyer et bien circonscrit. Je pratiquai le long de l'arcade crurale une incision qui intéressa toute l'épaisseur des parois de l'abdomen.

Aussitôt un flot de pus crêmeux, mêlé à quelques caillots de sang, s'écoula par la plaie, et le doigt introduit reconnut l'existence de fausses membranes qui entouraient le pus et le corps étranger qui fut extrait.

Il peut encore se former du pus autour de corps étrangers d'une autre nature.

Une femme succomba à une rupture de la matrice, qui avait été traversée par le fétus. On trouva dans l'abdomen un enfant pourri, renfermé dans un foyer purulent.

M. Dubois (cité par M. Duparque) rapporte qu'une femme, dont l'utérus s'était déchiré deux fois, et dont le premier enfant s'était placé dans l'hypochondre droit et le second dans le gauche, fut débarrassée de l'un par un abcès et de l'autre par l'opération.

A la suite des plaies, de même qu'à la suite des opérations de hernies, on rencontre quelquefois des abcès circonscrits entre les circonvolutions intestinales elles-mêmes.

Parmi les collections purulentes, il est important de mentionner les abcès qui, des parties environnantes, viennent se faire jour dans la cavité du péritoine. Il est rare que les abcès formés dans les parois abdominales s'ouvrent à l'intérieur, lorsque le péritoine s'épaissit et leur oppose une barrière. Ils tendent plutôt à se faire jour au dehors, en se frayant des routes diverses. Cependant Fabrice de Hilden a rapporté un exemple très-remarquable d'un abcès ouvert dans l'abdomen.

Une dame éprouvait une très-vive douleur à l'abdomen. Il existait sur les côtés de la ligne blanche une dureté située entre les muscles, nullement apparente à l'extérieur, mais seulement sensible au toucher. Ces circonstances, jointes à la douleur pongitive, à la fièvre, firent reconnaître à Fabrice qu'il existait un abcès. Prévoyant le danger que courait la malade, il voulut inciser les muscles de l'abdomen; les parens s'y opposèrent. Quelques jours après, l'abcès se rompit dans le péritoine et la malade succomba.

Les abcès du foie peuvent s'ouvrir dans la cavité de l'abdomen : Lieutaud en rapporte plusieurs exemples. M. Louis rapporte un cas d'adbcès enkystés volumineux du foie, dont le plus vaste s'ouvrit dans

la cavité abdominale. (*Recherches anatomico-pathologiques*, 359.) M. Andral en a consigné aussi un cas remarquable dans sa *Clinique médicale* (tome II, page 496). C'était un homme de cinquante ans. Lorsque M. Andral le vit, le foie débordait les côtes de trois travers de doigt. Un jour, il éprouva tout-à-coup de vives douleurs dans le ventre, et il succomba. A l'autopsie, on trouva une collection séro-purulente dans le péritoine. Une ouverture qui pouvait recevoir le doigt indicateur était creusée dans le parenchyme du foie, à droite de la vésicule biliaire. Cette cavité était formée aux dépens du parenchyme; elle contenait du pus, et s'était rompue dans un de ses points.

Enfin, le pus peut encore sortir d'autres sources pour s'épancher dans le péritoine; il peut venir de la poitrine, et être fourni par des abcès par congestion.

§ X.

Des faits qui précèdent, il ressort qu'une mort prompte est la suite de l'introduction subite d'un liquide purulent dans la cavité péritonéale, qu'une inflammation violente est le résultat du contact du pus avec le péritoine; que chez tous les malades, des douleurs vives sont survenues au moment où le liquide étranger a baigné la membrane séreuse; qu'il a toujours existé, avant la rupture de l'abcès, des antécédens qui ont dû attirer l'attention du médecin, et l'aider à soupçonner l'accident grave qui vient compliquer la maladie première.

On doit, s'il est possible, chercher à prévenir cet accident funeste, comme Fabrice de Hilden voulait le faire sur le malade dont nous avons parlé plus haut. Mais une fois que l'épanchement a lieu, il faut combattre la péritonite. Cependant, comme tous les cas observés jusqu'alors ont été mortels, pourrait-on, s'il n'y avait aucun doute sur l'existence de l'épanchement, inciser les parois de l'abdomen dans le point qui était le siége de l'inflammation, et injecter de l'eau à la température du sang, pour diminuer l'influence funeste de la présence du pus? Je ne me permettrai pas de résoudre actuellement la question grave que je soulève, et je me garderai même de conclure en sa faveur d'un seul cas que j'ai observé chez un homme qui, atteint d'une plaie au foie,

était en proie à toute la violence d'une péritonite intense. L'injection d'eau à la température du sang calma heureusement les accidens. L'inflammation, modérée alors, permit à un trajet fistuleux de s'établir et à la bile de s'écouler par la fistule jusqu'à complète guérison.

Si les abcès qui se font jour dans le péritoine amènent d'aussi graves résultats, il n'en est pas toujours de même de ceux qui se sont développés primitivement dans cette cavité, à moins que le kyste qui renferme le pus ne se rompe et que le liquide ne s'épanche, comme l'a observé un médecin distingué, M. Duparque. En effet, ou bien alors le pus est versé dans l'estomac, les intestins; ou bien des trajets fistuleux le portent à l'extérieur.

C'est encore ce qu'on observe dans certaines collections purulentes, qui sont la suite de péritonites. Un habile médecin, M. Allard, m'a parlé d'un fait analogue, trop curieux pour que je n'en fasse pas mention ici. Il donna des soins, à la maison de la Légion-d'Honneur, à Saint-Denis, à une jeune demoiselle atteinte d'une violente péritonite, qui passa à l'état chronique : on reconnut dans le ventre une collection très-sensible : au bout d'un tems que M. Allard n'a pu préciser, la région ombilicale devint le siége d'une inflammation vive, et il s'écoula par là plus d'une pinte de pus.

Si on voyait que la nature fît ainsi des efforts pour repousser au dehors le liquide étranger, et si l'on pensait qu'il existât des adhérences, le chirurgien devrait procéder à l'ouverture de l'abcès.

Enfin, dans les collections qui résultent de péritonites chroniques, il faut attendre et favoriser la résorption du liquide, pour n'en venir à la ponction que lorsque la nature et les efforts de l'art n'en ont pu triompher.

§ XI.

Je n'ai pas cru devoir parler ici des collections purulentes *extérieures au péritoine*, qui peuvent être symptomatiques d'une maladie de la colonne vertébrale, d'un travail inflammatoire local, de carie des os du bassin, qui peuvent fuser au loin, au travers du canal crural, dans la gaîne des psoas, le long des vaisseaux et nerfs ischyatiques, ou enfin qui se développent dans le lieu même du travail inflammatoire, jusqu'au moment où le liquide se fait jour, ou est évacué.

Je ne puis cependant m'empêcher de citer, à cette occasion, le fait suivant, qui me paraît curieux sous plusieurs rapports.

Le nommé Taupin, forgeron, âgé de vingt-et-un ans, fortement constitué, ressentit dans les derniers jours de juillet, et sans cause connue, une douleur très-vive dans la région inguinale gauche. Cette douleur fut telle dès le début, que le malade fut subitement obligé de suspendre son travail. En portant la main sur le point douloureux, Taupin reconnut bientôt l'existence d'une tumeur anormale. Il consulta un médecin qui lui conseilla de venir promptement à l'hôpital Saint-Louis, lui disant qu'il avait une hernie étranglée. Déjà plusieurs moyens, tels qu'une application de vingt-cinq sangsues et de cataplasmes émolliens, des bains et des lavemens, avaient été mis en usage, lorsque ce malade fut admis à l'hôpital, le 10 août 1833.

La tumeur, du volume d'un œuf de poule, était alongée, affectait la direction du canal inguinal, semblait remonter jusque dans la fosse iliaque, descendait dans les bourses, était dure, tendue et très-douloureuse au toucher; elle paraissait isolée du testicule par un espace de quelques lignes d'étendue. En interrogeant le malade, nous apprîmes qu'il n'avait reçu aucun coup dans cet endroit, qu'il n'avait fait aucun effort extraordinaire. Il n'avait ni blennorrhagie, ni chancres, ni excoriations au pied ou à la jambe du côté correspondant : cette tumeur s'était développée tout-à-coup et sans aucune cause connue. Du reste, tous les symptômes étaient locaux et bornés à la région inguinale. Depuis plus de huit jours que Taupin était malade, il n'avait pas eu de nausées, pas de rapports, pas de hoquets, pas de vomissemens et pas de coliques; seulement il existait une constipation assez opiniâtre, et la douleur s'étendait depuis la tumeur inguinale jusque dans la fosse iliaque du même côté. Trente sangsues et un cataplasme émollient furent appliqués sur la tumeur immédiatement après l'entrée du malade. Une morsure ayant intéressé un rameau artériel, donna lieu à un jet de sang assez considérable pour produire en peu de tems un affaiblissement très-marqué.

Le 11 août, l'état du malade est à peu près le même : il a peu dormi; la tumeur est peut-être un peu moins tendue que la veille,

mais elle continue d'être aussi douloureuse. Inappétence, soif vive, constipation, peau chaude, pouls fréquent mais peu développé. Je diagnostique une inflammation du cordon testiculaire. (Cataplasmes émolliens sur la tumeur, lavement purgatif, limonade citrique pour boisson, diète.)

12 août. La tumeur a perdu de sa dureté; elle est même pâteuse, un peu molle. Après un examen attentif je crois reconnaître une fluctuation obscure, profonde; le bistouri porté sur la partie moyenne, dans une étendue de six à huit lignes, incise couche par couche les tissus placés en avant du cordon et donne issue à une certaine quantité de pus bien lié et renfermé dans le tissu cellulaire environnant le cordon spermatique. (Bain, mèche de charpie entre les lèvres de la plaie, cataplasmes sur la tumeur.)

13. Le malade se sent infiniment mieux. (Même pansement.)

15. Le malade souffre dans l'aine; il a peu dormi, il a eu de la fièvre, la suppuration est peu abondante : la sonde cannelée portée au fond de la plaie ne trouve qu'une ouverture petite et insuffisante pour donner issue au pus; cette sonde, poussée et dirigée en haut et en dehors, pénètre librement dans le canal inguinal; un bistouri porté dans la cannelure incise tout ce qui se rencontre sur son passage dans l'étendue de quelques lignes; aussitôt une quantité considérable de pus s'écoule au dehors : une petite artériole fournit du sang; on en fait la ligature; on introduit une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie et assez profondément pour les empêcher de se réunir, puis on applique un cataplasme émollient sur la région malade.

Le 25 août, la tumeur avait disparu presque complètement; le cordon spermatique était encore un peu volumineux en bas; le testicule du côté correspondant avait toujours conservé son intégrité; la suppuration était peu abondante, le malade ne souffrait presque plus; toutes les fonctions s'exécutaient d'une manière très-régulière; on avait le soin de combattre la constipation, qui persistait encore, par l'usage des lavemens soit simples, soit légèrement purgatifs.

Imprimerie de DONDEY-DUPRÉ, rue Saint-Louis, n° 46, au Marais.